

Te leer in de eerstelij

Citation for published version (APA):

Crebolder, H. F. J. M. (1987). *Te leer in de eerstelij*. Rijksuniversiteit Limburg.
<https://doi.org/10.26481/spe.19870911hc>

Document status and date:
Published: 11/09/1987

DOI:
[10.26481/spe.19870911hc](https://doi.org/10.26481/spe.19870911hc)

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

te leer in de eerstelijns

rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar ter coördinatie van het onderwijs in de eerstelijns gezondheidszorg op vrijdag 11 september 1987
door

Dr.H.F.J.M.Crebolder



Rijksuniversiteit Limburg

Zeer gewaardeerde toehoorders,

De benoeming van een huisarts tot hoogleraar voor coördinatie van het onderwijs in de eerstelijns, duidt op het belang dat deze faculteit hecht aan de eerstelijns, aan het onderwijs in de eerstelijns en aan de plaats en functie van de huisartsgeneeskunde daarbij.

In deze openbare les wil ik het concept "eerstelijns" en de verhouding tot de gezondheidszorg nader beschouwen, ingaan op de relatie tussen faculteit en regio en enige onderwijskundige consequenties overwegen.

Ervaringen ontleend aan mijn werkzaamheden in het gezondheidscentrum Withuis te Venlo geven een couleur locale aan de gepresenteerde inzichten en opvattingen. Mijn geboortegrond, de huisartsgeneeskunde, zal die inkleuring onontkoombaar mee bepalen.

EERSTELIJNS

Het nogal militairistische begrip "eerstelijns" of "eerste echelon" is in 1974 door de befaamde nota Hendriks geïntroduceerd (1). De denkbeelden over echelonnering van de gezondheidszorg zijn wetenschappelijk verwoord door Querido, die ze in 1962 tijdens een zitting van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) naar voren bracht (2).

Met eerstelijns wordt bedoeld, de professionele zorg die dichtbij huis ligt en voor iedereen rechtstreeks toegankelijk is. Daarin vinden we kerndisciplines voor welke de nadruk op zorg ligt, zoals algemeen maatschappelijk werk en gezinszorg, en disciplines voor welke het accent op gezondheidszorg ligt, zoals wijkverpleging en huisartsgeneeskunde. De apotheker, verloskundige, tandarts en fysiotherapeut vinden er eveneens hun werkveld. Eerstelijns geneeskunde is in feite een

synoniem voor huisartsgeneeskunde.

Bij de overgang van gezondheid naar ziekte, dan wel bij twijfel of er sprake is van ziekte, wenden mensen zich tot het eerste echelon. Is de ziekte of de twijfel ernstig genoeg, dan trekt men van het eerste naar het tweede echelon, waar zich specialisten en geavanceerde voorzieningen bevinden. En evenzeer is er een weg terug na geheel of gedeeltelijk herstel, of als er medisch-technisch geen genezing meer is te verwachten.

In de beweegredenen om de eerstelijns als zodanig te kenschetsen en de functie ervan te versterken, zijn vanaf het begin twee tendenzen te onderscheiden (1). De ene is voornamelijk ideologisch van aard, betrekking hebbend op maatschappelijke normen en waarden. De meest wezenlijke daarvan is wel de autonomie van de eigen leefwereld van de patiënt, die zich ondermeer uit in inspraak en participatie. En heel concreet vertaald kan dat zijn: de wens om thuis te bevallen en thuis te sterven.

De andere is vooral economisch van aard, betrekking hebbend op doelmatigheid en ordening. Concreet betekent dat bijvoorbeeld, een zodanige afstemming van de functies van de eerste- en tweedelijns, dat er geen onnodige verwijzingen plaatvinden.

Meestal worden beiden tendenzen tegelijkertijd, als vanzelfsprekend samenhangend, gepresenteerd. Door de patiënt zoveel mogelijk in en door de eerstelijns op te vangen, wordt hij én dicht bij huis én goedkoop behandeld. Dicht bij huis betekent: thuis of in een voorziening daar vlakbij. Goedkoop wil zeggen en nu citeer ik het rapport van de commissie Dekker: "een terecht niet verwezen patiënt ontvangt goede zorg tegen de laagste prijs" (3).

PRIMARY HEALTH CARE

In deze ontwikkeling past het "primary health care" (PHC) concept van de WHO.

Eerstelijns gezondheidszorg is wel een letterlijke vertaling van primary health care, maar het WHO-concept gaat verder. Essentieel erin is de verbreding van "medische zorg" naar "gezondheidszorg" (4).

De principes van de PHC zijn de volgende:

- de gezondheidszorg dient te zijn gerelateerd aan de noden van de bevolking, voor iedereen toegankelijk en acceptabel;
- participatie van de bevolking, individueel en collectief, is essentieel;
- PHC moet effectief en efficiënt zijn; en
- PHC moet een onderdeel vormen van een landelijke samenhangende gezondheidszorg.

De eerste twee principes zijn van ideologische, de laatste twee van economische aard.

Primary health care wordt in 1978 de speerpunt van het WHO-beleid en vindt zijn politieke beslag in de zogenaamde verklaring van Alma Ata (5).

Hoewel het gaat om een mondiale verklaring, maakt deze de indruk vooral bedoeld te zijn voor ontwikkelingslanden. Daar immers is de relatie tussen gezondheid en sociaal-economische factoren heel direct en duidelijk. De vicieuze cirkel: armoede, onwetendheid en ziekte, is het kenmerk van die landen. Maar ook hier, in het rijke Westen bestaat die relatie tussen gezondheid en sociaal-economische factoren, al is de levensverwachting veel beter. Denk maar aan gezondheid bedreigende leefstijlen, die bijdragen aan de bekende doodsoorzaken: maligniteiten, atherosclerose, verkeersongevallen en nu ook AIDS. Bovendien blijken ook hier ziekte en te vroege sterfte oververtegenwoordigd te zijn bij de lagere sociale lagen (6). En denk aan de milieuverontreiniging, waartoe ik niet alleen Tsjernobyl en zure regen reken, maar ook lawaai, het dicht op elkaar

wonen, geweld op straat, op voetbalveld en op TV. De paradox is dat dit primary health care model, met enig succes wordt toegepast in rijke landen, terwijl het in ontwikkelingslanden veel moeilijker vorm en inhoud krijgt. Naast gebrek aan geld, mankracht en infrastructuur, is ook vaak de politieke wil afwezig om op nationale schaal een PHC-systeem op te bouwen. De aantrekkingskracht van een omvangrijk en goed geoutilleerd ziekenhuis, is nog steeds groter dan een reeks eenvoudig ogende curatieve voorzieningen, die een geïntegreerd geheel vormen met activiteiten gericht op zorg, preventie en voorlichting.

Zo heb ik in Tanzania in de jaren zeventig van dichtbij de bouw van een groot en prestigieus ziekenhuis meegemaakt. Het functioneert slecht en is razend duur. In plaats daarvan hadden gemakkelijk honderd gezondheidscentra gebouwd en onderhouden kunnen worden.

Maar ook in rijke landen is de praktijk van PHC moeilijk, zelfs bij het minder omvattende concept "eerstelijns".

Deze faculteit is daarvan het levende bewijs. Het is - om een complex van redenen - niet gelukt om de voorzieningen in deze regio op een zodanige wijze te bundelen - te integreren - dat enerzijds een op traditionele leest geschoeid academisch ziekenhuis overbodig zou blijken en dat anderzijds de eerstelijns voldoende functioneel zou aansluiten op de tweede (7, 8).

Het lijkt erop dat de eerstelijns pas een echte kans krijgt als er een (over)verzadiging is bereikt aan ziekenhuisvoorzieningen.

Daaraan ligt mijns inziens een diepe psychologische drijfveer ten grondslag. De wetenschap dat er in de onmiddellijke nabijheid een adequate voorziening is om als levensbedreigend ervaren situaties op te vangen, geeft voldoende geestelijke rust aan ons allen om ten volle te kunnen profiteren van de potenties van het eerste echelon. Onderzoek gedaan rondom de vestiging van een nieuw ziekenhuis in Lelystad, waar voordien geen ziekenhuis bestond, ondersteunt die bewering. Voor

de komst van het ziekenhuis werd de inwoners gevraagd in hoeverre zij het vervelend vonden dat er geen ziekenhuis was. "Slechts 4 procent vond het niet vervelend, maar liefst 64 procent vond het zeer vervelend. Als belangrijkste reden hiervoor werd opgegeven dat men in noodgevallen niet op tijd in het ziekenhuis zou zijn en dat het vervelend is ver van je woonplaats in het ziekenhuis te liggen". (9).

Bensing houdt in haar artikel "Wie wil in Nederland Primary Health Care" de beide ideologische en beide economische principes tegen het licht van de Nederlandse situatie (9). Het zijn volgens haar twee stromingen, die elkaar toevallig - door hun gelijktijdigheid - hebben gevonden en vervolgens een hecht en stabiel bondgenootschap hebben gesloten. Zonder elkaar zouden ze niet in staat zijn geweest zulk een krachtige beweging te mobiliseren.

Maar op het uitvoeringsniveau, het niveau van de concrete maatregelen, zijn de twee stromingen vaak verwarrend en tegenstrijdig.

SAMENWERKING

Hoe staat het nu, 13 jaar na de nota-Hendriks, met die beide tendenzen om de eerstelijns gezondheidszorg te bevorderen?

De eenvoudige veronderstelling dat door het op één lijn plaatsen, echelonneren, van medische en niet-medische disciplines, die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen, de zorgverlening én beter én goedkoper zou worden, kon niet rechtstreeks worden aangetoond. De samenwerking van werkers van zulke diverse pluimage, als huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers, bleek aanleiding te geven tot grote en, achteraf voorspelbare obstakels. Men sprak elkaars taal niet of nauwelijks. Aan toch gemeenschappelijke begrippen als zorg, bereikbaarheid en beschikbaarheid, werden heel verschillende inter-

pretaties gegeven, samenhangend met een veelvoud van verschillen in achtergrond, optiek van werken en doelgroepen. Daarenboven zijn de verschillen in opleidingsniveau, sociale status en het vrije ondernemerschap versus dienstverband, bronnen van potentiële disharmonie (10).

De huisarts staat in principe open voor iedere hulpvraag. De wijkverpleegkundige heeft ook een breed hulp-aanbod, doch richt zijn aandacht vooral op zeer jeugdigen en op chronisch zieken en bejaarden. Hij heeft althans in theorie een meer op deel-populaties gerichte, meer preventieve en voorlichtende werkwijze. De maatschappelijk werker ziet maar een klein segment van de populatie, met een specifieke materiële en immateriële problematiek en voor een groot deel na verwijzing. De taak van de gezinsverzorger is "het op zeer concrete wijze handhaven van een min of meer stabiele psychosociale thuissituatie ondanks ziekte, handicap of andere uitvalverschijnselen en werken aan herstel van het eigen vermogen van de cliënt om thuis verder te kunnen leven" (11).

Hoewel de extramurale fysiotherapie niet behoort tot het officiële kernkwartet, en de patiënt zich niet rechtstreeks tot hem kan wenden, behoort ook deze discipline daartoe te worden gerekend (12). En ook de huidige doktersassistente zal zich meer en meer professionaliseren tot centrum- of team-assistente. Zij - in de toekomst ook hij - zal ook eigen taken gaan vervullen, met name in de sfeer van monitoring en preventie (13).

De illusie van de beginjaren zeventig, als zou er een interdisciplinair hulpverleningsmodel bestaan of zijn te ontwerpen, is geleidelijk aan verlaten (14). De medewerking van de overheid en de koepelorganisaties der kerndisciplines, was te spaarzaam om een grote sprong voorwaarts te maken. De economische steun was te gering en te aarzelend. Te snel werden substitutie-effecten verwacht met betrekking tot de tweedelijns. Die worden nu pas zichtbaar en dan vooral in gezondheids-

centra (15). Dat wijst erop dat een verbeterende organisatiegraad op meso-niveau gunstige financieel-economische gevolgen heeft. Echter, het tempo van de modernisering van de eerstelijns als geheel is nog te traag om te kunnen concurreren met de goed georganiseerde tweedelijns.

HET SOCIALE EN MEDISCHE HULPVERLENINGSMODEL

Maar ook op het ideologisch niveau is een belangrijke oorzaak aan te wijzen. Deze is gelegen in het onvermogen het sociale en medische hulpverleningsmodel op een bevredigende wijze met elkaar te verbinden en zo een werkelijk integrale benadering te realiseren. Het medisch model houdt in het trachten vast te stellen van een 'ziekte' met oorzaak, verschijnselen, verloop en diagnose voerend tot een therapeutische of preventieve actie. Het sociale model biedt een referentiekader, waarbij centraal staat dat de mens een sociaal gevormd of vervormd wezen is, levend in, deelhebbend aan en de invloeden ondergaand van maatschappelijke structuren en processen. Natuurlijk is het zo, dat de medicus practicus en dan met name de huisarts voortdurend rekening houdt met en oog en oor heeft voor psychische en sociale determinanten bij ziekte en ziektegedrag. Evenzeer zal de maatschappelijk werker zonedig medische informatie bij zijn beleid betrekken. En vanzelfsprekend zal de wijkverpleegkundige de krachten van de patiënt en de directe omgeving mobiliseren, om overname, aanvulling of herstel van de zelfzorg te bevorderen. Maar van een echte gezamenlijkheid c.q. integratie kan nauwelijks sprake zijn, omdat de vertrekpunten te verschillend zijn.

Al in 1972 kondigde Lamberts, op grond van de ervaringen in het gezondheidscentrum Ommoord, de op de werkvloer waar te nemen caesuur aan tussen het sociale en medische model (16). De huisarts is zich sindsdien meer gaan concentreren op de medisch-ambachtelijke

aspecten van zijn beroep. Een vanzelfsprekende samenwerking van de huisarts is derhalve te verwachten met de wijkverpleging en de fysiotherapie. Hun land van herkomst is identiek. Het medisch model is in, het sociale model is uit. En interdisciplinaire samenwerking betekent in de praktijk: weet hebben van elkaars kennen en kunnen en in staat zijn daarvan op een adequate wijze gebruik te maken. De gemeenschappelijk basis is het gegeven, dat de hulp en de zorg om "thuis" zijn gecentreerd: thuiszorg (17).

De pogingen om die medisch-sociale of sociaal-medische hybride tot leven te brengen, zijn mijns inziens een niet geringe reus geweest voor de groei van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns. In essentie is deze problematiek terug te voeren op het al beschreven en ingebakken conflict tussen ideologische en economische doeleinden. Philipsen bezigt in dit verband de termen substantiële en functionele rationaliteit (18).

Zijn gedachtengang - ten dele ontleend aan anderen - kan leiden tot een uitweg uit de huidige conceptuele impasse. Substantiële rationaliteit staat voor begrippen als zingeving, beleving, communicatie en eigen leefwereld. Deze berust op het vermogen de werkelijkheid te ervaren als een geordend, geïntegreerd geheel. Bij functionele rationaliteit gaat het om instrumentele systemen, die succesvolle en meetbare procedures en protocollen opleveren, en die leiden tot differentiatie en specialisatie. De substantiële rationaliteit lijkt steeds meer in de verdrukking te komen, wordt als het ware "gekoloniseerd" door de functionele rationaliteit. In de gezondheidszorg uit zich dit op een aantal terreinen:

- Overheersing van cure boven care. Diagnose en therapie, behandeling en genezing zijn gemakkelijker op hun succes te beoordelen dan verzorging, verpleging en ondersteuning.
- Er is een sterke benadrukking gekomen van het methodisch handelen. Processen worden tot procedures: de arts streeft protocollaire geneeskunde

na en de verpleegkundige formuleert een verpleegplan.

- De geneeskunde wordt voornamelijk gevoed door biomedische kennis.
- Somatische interpretaties van ziekte en gezondheid nemen sterk in betekenis toe, los van meer psychologische en sociale.
- De succesvolle differentiatie van de zorg, leidt tot gefragmenteerde behandeling en verzorging.

VOORBEELDEN

Ik geef u twee voorbeelden, waarmee ik zelf ervaring heb opgedaan. De hierboven genoemde terreinen, zijn daarin terug te vinden. De voorbeelden geven ook aan op welke wijze een evenwicht is te vinden tussen beide rationaliteiten.

Het eerste betreft de jeugdgezondheidszorg.

Wat is hier meer voor de hand liggend, dan dat de eigen huisarts en de eigen wijkverpleegkundige, de jonge gezinnen met kinderen tussen 0 en 4 jaar tezamen begeleiden (19). Tezamen hebben zij een goed beeld van het functioneren van het gezin. De huisarts is op de hoogte van de gezondheidsstoornissen die aanleiding gaven tot een hulpvraag tijdens het gewone spreekuur. De hulpvragen in die leeftijdscategorie vormen immers de top van alle gepresenteerde morbiditeit. Ook heeft hij veelal een beeld van de leefwereld, van het relatiepatroon, van de manier waarop ouders en kind(eren) met elkaar omgaan. De wijkverpleegkundige completeert dat beeld door zijn kennis van het sociale netwerk, dat is verkregen door observaties tijdens huisbezoeken (20).

Toch kost het moeite het consultatiebureau voor de eerstelijns te behouden (21). In de jaren voor en direkt na de tweede wereldoorlog, was het bestaansrecht van deze consultatiebureau's buiten kijf. Ernstige infectieziekten, voedingsstoornissen en avitaminosen kwamen toen veelvuldig voor. Daarvan is vrijwel geen sprake meer,

tenzij men vetzucht als een voedingsstoornis aanmerkt. Nu gaat het veeleer om het volgen van de psychomotore ontwikkeling en het geven van adviezen op het gebied van voeding en opvoeding (22). Eerstelijns teams moeten daartoe, zeker na de nodige bijscholing in staat worden geacht.

Een dergelijke samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige, het samen bezig zijn met dezelfde populatie, zal een aanzet, een opstap kunnen vormen voor het uitwerken van een eerstelijns interdisciplinair hulpverleningsconcept. Bouwstenen daarvoor zijn: de samenhang tussen preventie en gepresenteerde morbiditeit, de gezinsmatige benadering en de betekenis van het sociale netwerk.

Deze vorm van samenwerken kan worden uitgebreid tot de gezamenlijke zorg voor bejaarden. Een of andere vorm van monitoring van bejaarden en zeker de hoogbejaarden in de thuissituatie zal nodig en nuttig zijn. In een Deens experiment leidde deze werkwijze tot een significante daling van mortaliteit en ziekenhuisopnamen. Bovendien bleken de kosten van de gezondheidszorg gehalveerd (23).

Het tweede voorbeeld gaat over diabetes mellitus type II.

Bij de begeleiding van diabeten staat centraal het voorkomen van complicaties en invaliditeit. Het succes van de behandeling hangt in belangrijke mate af van de trouw van de patiënt aan de geadviseerde therapie. De consensus groeit, dat deze chronische ziekte die bij 2 procent van de bevolking en bij minstens 6 procent van de 60-plussers voorkomt, in de eerstelijns behandeld en begeleid kan en moet worden (24). De argumenten daarvoor zijn tenminste tweërlei. Voorlichting en in die voorlichting aansluiten bij de beleavingswereld en leefwereld van de patient, is even essentieel als het vastleggen van biochemische parameters en bevindingen bij lichamelijk onderzoek (25). En de kwaliteiten van het gezin, zoals de grootte en de onderlinge relaties,

lijken samen te hangen met de mate van geconstateerde trouw aan het voorgestelde beleid (26).

Een soortgelijke argumentatie is ook valide voor andere categorieën, zoals patiënten die een vasculair accident hebben doorgemaakt, CARA-patiënten, patiënten met een rheumatoïde arthritis en patiënten na een operatie wegens een mammacarcinoom of colon-carcinoom zonder metastasen. De totale prevalentie van deze chronische aandoeningen bedraagt ongeveer 70 per 1000 (27). Het aller grootste deel van hen is nu nog in zorg bij de specialistische geneeskunde, terwijl er op vak-technische gronden onvoldoende redenen zijn de begeleiding van hen niet aan de eerstelijns toe te vertrouwen. En met eerstelijns bedoel ik werkelijk alle disciplines. Onderwijskundig is het van groot belang, dat de studenten leren en ervaren hoe deze problematiek in de eerstelijns kan worden aangepakt. Voor hun beeldvorming ten aanzien van de uitoefening der geneeskunde is dat bepalend.

EERSTELIJNS GENEESKUNDE EN FACULTEIT

De huisarts wordt gezien als de kernfiguur in het eerste echelon. Hij vertaalt als het ware de ongedifferentieerde vraag naar gezondheidszorg en handelt die in 80-90 procent der gevallen zelf af. Hij onderhoudt de verbindingen met de andere specialisten in de tweedelijns en de andere hulpverleners in de eerstelijns. Hij zit in het kruispunt van het geneeskundig en het sociale hulpverleningssysteem (28).

In de korte tijd dat ik werkzaam ben in deze instelling, is het mij opgevallen dat het vakgebied "eerstelijns geneeskunde" weinig wetenschappelijke waardering ondervindt. Dat is opmerkelijk. Want al in 1972, toen de basisfilosofie van deze, de achtste medische faculteit werd geconcipeerd, staat geschreven: "Speciale aandacht en onderzoek moet worden besteed aan de opleiding van artsen voor het eerste echelon" en "team-

vorming van de arts met niet-medische deskundigen, de ontwikkeling van groepspraktijken en de bouw van speciale gezondheidscentra liggen hierbij in de verwachting" (7).

Vanwaar die geringe waardering? Zijn de "eerstelijners" - voor de faculteit der geneeskunde zijn dat de huisartsen - minder intelligent dan de tweedelijners? Werken ze niet hard genoeg?

Zulke psychologismen helpen ons niet verder. Het ontbreekt immers niet aan intelligentie en werklust. Integendeel. Er is en wordt bijzonder hard en met veel creativiteit gewerkt in de eerstelijns. Ja, soms gehold naar de horizon (29).

Uit de beschouwing van de WHO-principes moge blijken dat de materie weerbarstig is. De opleiding kan niet anders dan onvoldoende zijn en de plaats van de eerstelijns in het geheel van de zorg brengt heel eigen obstakels mee.

REGIO EN FACULTEIT

Dat brengt mij tot de verhouding van deze faculteit en de regio. Meer dan bij enig andere, is de regiofunctie van deze faculteit benadrukt (30). Toch is die relatie naar de eerstelijns, niet zo bloeiend als voorzien. Het terrein, de regio, blijkt niet op een simpele wijze beschikbaar. De betrekkelijke eenvoud waarmee in een laboratorium en in een kliniek door hun institutionele karakter allerlei variabelen zijn te controleren, ontbreekt in de eerstelijns situatie. Noch over de hulpverleners, of zij nu onderwijs geven of onderzoek verrichten, noch over de patiënten kan zomaar worden beschikt. Het is goed te beseffen, dat elke medewerking vanuit het veld, geschiedt op basis van individualiteit, vrijwilligheid en wederkerigheid. Voor beide partijen, veld en universiteit, moet de verhouding aantrekkelijk en voordelig zijn!

Een van de modellen om de relatie tussen faculteit en

eerstelijns veld vorm te geven is de zogenaamde academisering (31, 32). Dat betekent het aangaan van een formele, langdurige binding van praktijken en faculteit, met het doel aan de hand van werkplannen, wetenschappelijk onderwijs en wetenschappelijk onderzoek in de eerstelijns mogelijk te maken en te ontwikkelen. Het woord affiliatie is een betere weergave van de relatie. Tot nu toe is die binding, op een enkele uitzondering na, helaas beperkt gebleven tot huisartsen en huisartspraktijken. Ook de andere eerstelijns disciplines - en de ambulante geestelijke gezondheidszorg - behoren uitdrukkelijk deel te nemen aan die academisering, zoals aanvankelijk ook bedoeld (33).

Dat streven naar formalisering vordert langzaam, en niet zonder aanzienlijke weerstanden en problemen. Het zou te ver voeren om in dit kader een volledige analyse te geven. Maar vanuit mijn eigen ervaringen hier, en vanuit mijn werkplek in een "geacademiseerd" gezondheidscentrum, meen ik tenminste drie belemmerende factoren waar te nemen.

De eerste betreft de veelal tegengestelde belangen tussen faculteit en veld. De faculteit wil, krachtens haar opdracht, wetenschappelijk onderzoek doen en wetenschappelijk onderwijs geven. Daar hebben de studenten recht op. De werkers in het veld willen krachtens een even honorabele opdracht, goede gezondheidszorg bieden. Daar hebben de patiënten recht op. Deze onderscheiden belangen zijn in een academisch ziekenhuis wellicht nog compatibel vanwege een grotere afhankelijkheid van de patiënt en een al langer bestaande onderwijs en onderzoek traditie. In de eerstelijns is dat niet zo. De aard van de gepresenteerde problematiek is er niet naar. De inrichting van de lokatie is er niet naar. En de arts-patiënt relatie is er niet naar. En toch kunnen beide partijen niet zonder elkaar. Goede gezondheidszorg is alleen mogelijk door goed opgeleide artsen en op basis van goed wetenschappelijk onderzoek. En daar is het veld voor nodig. Bovendien worden ideeën voor onderzoek en onderwijs juist vaak opgedaan in de

direkte zorg voor patiënten.

Een tweede belemmerende factor is, naar mijn mening, de bestaande scheiding tussen onderwijs en onderzoek. Opvallend is dat met ruim de helft van de huisartspraktijken in Limburg in de loop der jaren, wat betreft onderwijs, een harmonieuze samenwerking is opgebouwd, terwijl de verbreding naar onderzoek een tempo achter ligt.

Elders in dit land, en daarmee bedoel ik het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, is echter aangetoond, dat beide stromen tot bloei komen, als er van meet af aan verbindingen worden aangebracht. Ook hier kan dat gebeuren. Niet alleen onderzoek van onderwijs wordt daarmee bedoeld. Daartoe behoren ook het ontwikkelen van standaarden door middel van consensusvorming en besliskundige analyse (34). De resultaten van dit type onderzoek dragen direct bij aan het streven naar kwaliteitsverbetering van de hulpverlener. Onderwijsontwikkeling kan niet los gezien worden van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en toetsing van het handelen van de hulpverlener.

Een derde belemmering is mijns inziens gelegen in het ontbreken van de verwevenheid van patiëntenzorg en academische taken. Behalve in overeengekomen en geformaliseerde werkplannen, dient deze ook tot uiting te komen in personen die daadwerkelijk de brugfunctie tussen de praktijk van alledag en de academische taken vervullen. Voor mijzelf als huisarts-hoogleraar is het blijven dragen van verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg een voorwaarde om goed te kunnen functioneren. Immers, "men mag slechts onderwijzen wat men zelf doet" (35).

Om dit precare proces, de LAT-relatie van regio en faculteit te doen slagen, moet ook en vooral voor de werkers in het veld de samenwerking aantrekkelijk genoeg zijn. Succesvolle samenwerking berust op het principe van wederkerigheid. Dat vraagt om een systeem, om een procedure, om een nauwkeurige afstemming tussen beide partijen en een nieuwe cultuur binnen die verhou-

dingen (36). Dat kost tijd, inspanning en geld. De contacten en contracten met de universiteit moeten inhouden, dat de professionaliteit van de hulpverleners toeneemt en de patiëntenzorg derhalve verbetert. Dus naast onderwijs en onderzoek, voldoende aandacht voor gezondheidszorgontwikkeling, die uiteraard geëvalueerd dient te worden.

En gezondheidszorg in de eerstelijns betekent thuiszorg! Terreinen die wat betreft het samengaan van onderzoek, onderwijs en gezondheidszorg zeer relevant zijn en waarop reeds wordt gewerkt, zijn: de oudere mens en de patiënt met kanker. Een voorbeeld om die relevantie te illustreren: in Noord-Limburg is recent onderzoek gedaan naar de vraag naar thuiszorg door kankerpatiënten in relatie tot het voorkomen van en het overlijden aan kanker (37). Van alle overledenen aan kanker in 1982 bleek 66 procent bekend te zijn bij de wijkverpleging. Bij 33 procent was de wijkverpleegkundige actief betrokken, bij 28 procent dagelijks en bij 5 procent wekelijks.

Het noodzakelijke proces van afstemming van faculteit en regio, voorzover het de eerstelijns betreft, dient te worden ondersteund door een adequate voorziening. Die voorziening heeft drie functies: inventariseren, faciliteren en innoveren. Inventariseren van hetgeen voor partijen van belang is, op de gebieden onderwijs, onderzoek en gezondheidszorgontwikkeling. Faciliteren van contacten over en weer, en deze beide functies zijn op hun beurt voorwaardelijk voor innovatie.

Ook met de Faculteit der Gezondheidswetenschappen, denk bijvoorbeeld aan de vakgroep verplegingswetenschap, zullen verbanden gelegd kunnen worden.

Natuurlijk mag een dergelijke voorziening niet interfereren met hetgeen al bestaat, zoals bijvoorbeeld het Diagnostisch Coördinerend Centrum. Gezocht moet worden naar dienstverlening, aanvulling en aansluiting. Inmiddels wordt hiermee, op bescheiden schaal, begonnen.

ONDERWIJSKUNDIGE CONSEQUENTIES

Voortbouwend op het hiervoor betoogde, wil ik nu de onderwijskundige consequenties overwegen. Ik zal dat doen op geleide van de twee vragen: wat en hoe? De eerste verwijst naar inhoud, de tweede naar vorm.

Het allerbelangrijkste is wel dat het denken en handelen in de eerstelijns, in principe uitgaat van gezondheid en gezondheidsbevordering van personen en de rol die sociale netwerken, zoals gezinnen daarbij spelen. Het accent ligt eerder op substantiële rationaliteit. Bij het denken en handelen van de intramurale zorg staan de individuele ziekten centraal. Het accent ligt eerder op functionele rationaliteit.

Kijken we naar diagnosegebonden ziekten in de eerstelijns, dan gaat het vooral om gewone ziekten zoals kinderziekten, luchtweginfecties, traumata en aandoeningen van het bewegingsapparaat en de huid; om psychosociale problemen; om vroege en late stadia van chronische ziekten, zoals asthmatische bronchitis, suikerziekte, hart- en vaatziekten, kanker, reuma en dergelijke (38, 39).

Kijken we naar de manier waarop daarmee wordt omgegaan, dan staan diagnostiek en zorg meer op de voorgrond dan genezing. De hulpverlening bestaat veeleer uit uitsluiten dan aantonen, en veeleer uit continuïteit van zorg, - veelal episodisch verleend - dan uit incidentele zorg. De persoon van de hulpverlener wordt sterk betrokken in het proces, in de interactie met de patiënt en zijn directe omgeving. De attitude en werkwijze van de hulpverlener zijn dan ook van wezenlijke betekenis voor de kwaliteit van de relatie en daardoor voor de kwaliteit van het hulpverleningsproces.

Een eerste manier om de student deelgenoot te maken van deze basale noties, is **patiënt-gebaseerd** leren. Hiermee bedoel ik dat de student, bij het vorderen van zijn studie in toenemende mate betrokken wordt bij een be-

perkt aantal patiënten. Hij volgt die patiënten een lange tijd, enige jaren. Incidenteel gebeurt het al dat een co-assistent huisartsgeneeskunde een verwezen patiënt vergezelt naar de polikliniek en het specialistisch consult bijwoont. Ook de omgekeerde gang is van belang. Na opname in een ziekenhuis of na onderzoek in een polikliniek, volgt de student "zijn" patiënt in de eerstelijns en in zijn thuissituatie.

Men kan zich voorstellen dat zulk patiënt-gebonden onderwijs niet alleen plaatsvindt tijdens de co-assistentenschappen, dus in de jaren vijf en zes, maar ook al voordien. De student zal zo op de hoogte raken van het ziektebeeld van de patiënt, het verloop ervan, van de beleving, van de invloed van en op de thuissituatie en van de diverse hulpverleningscircuits. Met name patiënten met een chronische aandoening zullen hiervoor in aanmerking komen. En die zullen er steeds meer zijn! Een toenemende integratie van theorie en praktijk kan zo in de voortgang van de studie worden bewerkstelligd. Een tweede manier, die overigens zeer wel kan aansluiten bij de eerste, is de interprofessionele training van eerstelijns disciplines (40). De verwevenheid van sociaal-ecologische en medische factoren die het ziek zijn en de hulpverlening in de eerstelijns zo zeer kenmerken, nopen daartoe. Onderzocht zal moeten worden in hoeverre onderdelen van de Hogere beroepsopleidingen of soortgelijke opleidingen tot wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en fysiotherapeut kunnen aansluiten bij de huidige opleiding tot basisarts. Dergelijke plannen kunnen niet ineens en wellicht ook niet op een precies voorspelbare wijze vorm krijgen. Gedurende enige jaren zijn een reeks van experimenten nodig.

Binnenkort gaat het eerste van start. Het is bedoeld voor tweedejaars studenten, die via huisartsen in geacademiseerde praktijken in contact gebracht zullen worden met een gezin. De gezinnen die daarvoor in aanmerking komen zijn: gezin met een pasgeboren kind, gezin met een gehandicapt kind, gezin met een chronisch

zieke bejaarde en dergelijke.

De leerdoelen zijn: leren zien van het gezin als systeem, de gevolgen observeren van gezondheidsstoornissen voor het functioneren van het gezin en de contacten en interactie met de gezondheidszorg in kaart brengen. In binnen- en buitenland zijn met dergelijke stages goede ervaringen opgedaan (41, 42):

Als zulk een veld-stage op den duur definitief wordt, is een essentieel element toegevoegd aan het curriculum. Zo zijn ook de al jaren met succes verlopende "Oriëntatie Eerstelijns" in het eerste jaar en het unieke co-assistentenschap huisartsgeneeskunde in het vijfde jaar wezenlijke bestanddelen.

Nog wel minder wezenlijk, maar potentieel van groot belang zijn de stages die vanuit het skillslaboratorium worden gerealiseerd en die aansluiten bij het theoretisch curriculum.

Het zijn echter losse onderdelen, die noch inhoudelijk, noch organisatorisch voldoende samenhang vertonen.

Waar we naar toe moeten is een transmuraal curriculum. Dat betekent enerzijds complementariteit van wat de eerste- en de tweedelijns te bieden hebben. En anderzijds het slechten van barrières tussen denken en doen. Daar kan naar toe worden gewerkt via het theoretische en het praktische deel van het curriculum. De neerslag van het theoretische deel is te vinden in de blokboeken. En die blokboeken bestaan onder andere uit casus, beschrijvingen van ziektegeschiedenissen. In slechts 60 procent beginnen die bij de huisarts, en daarvan wordt dan ook nog bijna de helft verwezen (43). Op die manier wordt een volstrekt onjuiste beeldvorming teweeg gebracht. Deze wordt getypeerd door een uitspraak in Terzijde, een rubriek van een bekend weekblad: "Dokter, is het ernstig of is het een eerstelijns ziekte?"

Via het praktisch medisch onderwijs kan het transmurale karakter zichtbaar worden gemaakt door het al beschreven patiënt-gebaseerd leren en door de invoering van thema-middagen, met name in de jaren vijf en zes, waar

geïntegreerd medisch onderwijs gestalte kan krijgen (44).

Naast de vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch zijn in deze faculteit drie randvoorwaarden aanwezig die de verdere uitbouw van het curriculum in de geest van de basisfilosofie en de Alma Ata declaratie in positieve zin kunnen beïnvloeden (45). De eerste is het al genoemde skillslaboratorium. Deze faculteit mag zich verheugen in het bezit van dit deelproject, dat op een systematische en evalueerbare wijze verbindingen aanbrengt tussen theorie en praktijk, en waar succesvol gepoogd wordt kennis te integreren met vaardigheden en attitude. De tweede is het academiseringsproces, waarvan al eerder sprake was. Daardoor wordt het mogelijk, onder min of meer gecontroleerde condities, in een extra-murale setting op een experimentele wijze het onderwijs verder te ontwikkelen. En tenslotte maakt de benoeming van een klinisch onderwijscoördinator het mogelijk om met de kliniek als geheel te overleggen, tot onderlinge afstemming en tot een gemeenschappelijk beleid te komen.

Wat mij inspireert is niet slechts het in onderwijskundig opzicht slechten van de muren tussen de intra- en de extramurale zorg, zelfs niet de verwezenlijking van de basisfilosofie, die ondanks alle cynisme ook hier ter stede, een grote zeggingskracht blijft houden. Neen, ten grondslag ligt de overtuiging dat de patiënt een betere, een volwaardiger arts kan verwachten, die tegelijk rationeel werkt, zorg heeft, en zorg geeft.

Dames en heren,

Ter afsluiting van deze plechtige bijeenkomst, wil ik enige traditionele en persoonlijke passages uitspreken.

Hare majesteit de Koningin ben ik erkentelijk voor mijn benoeming. Ik ben een der allerlaatsten die is benoemd tot kroondocent.

Het College van Bestuur dank ik voor het advies hier-toe.

Ik verheug mij op de voortzetting van de plezierige en zinvolle contacten met de hoogleraren en de leden van de wetenschappelijke staf van deze Universiteit, in het bijzonder die der Faculteit der Geneeskunde en de Faculteit der Gezondheidswetenschappen.

De visie en daadkracht van zowel de vorige dekaan, professor Greep, als van de huidige dekaan, professor Sturmans, zijn zeer stimulerend voor mij geweest.

De leden van de vakgroep Huisartsgeneeskunde, wetenschappelijk en ondersteunend en beherend personeel, dank ik voor hun hartelijkheid. Laat ons gezamenlijk de hand aan de ploeg slaan. Er liggen prachtige kansen.

Met jou, Wim Brouwer, werkte ik kort maar harmonieus samen. Een deel van jouw erfgoed, reken ik tot het mijne.

Met jou, Kees de Geus, en met jou, André Knottnerus

hoop ik in groeiende collegialiteit te mogen doorwerken aan ons gemeenschappelijk doel: de groei en bloei van de eerstelijns.

Met de collegae huisartsen en andere werkers in de eerstelijns in deze regio, verwacht ik nog lang en intensief te mogen samenwerken in een grote mate van wederkerigheid.

Met en voor de studenten wil ik mij inzetten voor voldoende mogelijkheden tot inspiratie en identificatie in de extramurale kliniek.

Van mijn vele leermeesters wil ik jou, Frans Huygen, in het bijzonder noemen. Het zal geen ingewijde vandaag zijn ontgaan dat vele van je gedachten en ideeën doorwerken. Onze gemeenschappelijke liefde voor het vak en de zorg om de toekomst ervan, kenmerken onze contacten over een reeks van jaren.

Via jou memoreer ik ook de jarenlange vriendschappelijke relatie met de staf van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

De praktijk in het Withuis te Venlo is steeds mijn voedingsbodem geweest. En wat mij betreft, zal dat nog lang zo blijven.

Ik heb het u, beste patiënten, niet gemakkelijk gemaakt door mijn vele afwezigheden. Gelukkig maakt mijn associëe, Tonnie van Kessel, dit meer dan goed.

In jouw persoon, Eugène van Groenigen, wil ik het bestuur van de Stichting Gezondheidscentrum Withuis, dankzeggen voor de ruimte en de steun die ik steeds kreeg. Die Stichting mag zich gelukkig prijzen met een

voorzitter, die zo doeltreffend visie en bestuurskracht combineert.

De teamleden van het Withuis, assistenten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werker en artsen, hebben mij steeds naast tolerantie en geborgenheid, inspiratie verschaft. Heel speciaal geldt dit voor Remy en Annemie van der Grinten en Fons en Lino Receveur, die mij zoveel vriendschap en vertrouwen geven.

Mijn ouders en schoonvader mis ik. Des te verheugender is de aanwezigheid van mijn schoonmoeder, mijn zuster, mijn broers en hun geliefden.

Tenslotte, een woord van dank aan de vier vrouwen, die mij meer dan wie ook dierbaar zijn: Irma, Eva, Hendrikje en Emma.

Zonder jullie steun en toeverlaat zou ik hier niet staan.

Wat kan ik beter doen dan jouw dichtregels voorlezen, Emma, die je - precies tien jaar geleden - schreef voor mijn proefschrift.

DACHT
DAT HIJ DIT PAD
ALLEEN
BETRAD
MAAR HIJ WERKTE
IN HUN HANDEN
GREEP OM ZICH HEEN
EN BLEEF
HUILEND EN LACHEND
MET HEN SAMEN

Ik heb gezegd!

literatuur.

1. Structuurnota Gezondheidszorg Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1974.
2. Groffen W. De echelonnering van de gezondheidszorg: een denkbeeld en een misverstand. Med Contact 1974; nr. 29: 929-32.
3. Bereidheid tot verandering. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. 's Gravenhage, 1987.
4. Kaprio LA. Primary Health Care in Europe. EURO Reports and Studies 14, World Health Organization, 1979.
5. Vrij A. Alma Ata, een mijlpaal? WHO-Unicef International Conference on Primary Health Care. Huisarts Wet 1979; 22: 77-81.
6. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De ongelijke verdeling van gezondheid. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1987.
7. Basisfilosofie Achtste Medische Faculteit. Med Contact 1972; nr. 33: 1-6.
8. Maessen LJG van der. Transformatie van de Gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987, blz. 131-4. van Gorcum, Assen/Maastricht, 1987.
9. Bensing JM. Wie wil in Nederland Primary Health Care? Med Contact 1984; nr. 5: 141-6.
10. Stevens FCJ. De bureaucratisering van het medisch specialistisch ambacht. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1987.

11. Gezond Limburg 1987; nr. 40: 7.
12. Weel C van. Fysiotherapie.
Huisarts Wet 1987; 30: 137.
13. Haan J de. De doktersassistente. Delegeren
van taken in een huisartspraktijk. Lelystad,
Meditekst III, 1986.
14. Ris BGM en Diederiks JPM. Een kritische
analyse van interdisciplinaire samenwerking in
de hulpverlening. T Soc Geneesk 1974; 52: 553.
15. Wijkel D. Patiëntenpopulaties van huisartsen
in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken.
In: Boerma WGW en Hingstman L. De eerste lijn
onderzocht. Van Loghum Slaterus, 1985.
16. Lamberts H. Het sociale model in de huisartsge-
neeskunde: tegenover, naast, in dankzij of ondanks
het medisch model. Huisarts Wet 1972;
15: 369-83.
17. ATIS. Mogen we even voorstellen: de vier kerndis-
ciplines. Bunnink, 1987.
18. Philipsen H. Rationaliteit en ons oordeel over de
verdwijnende patiënt.
Gezondheid en Samenleving 1985; 6: 142-151.
19. Crebolder HFJM., Huisarts en Kinderhygiëne.
Med Contact 1979; nr. 47: 1496-8.
20. Smits AJA. Het huisbezoek als methode van vroeg-
tijdige signalering. MGZ 1980; 8e jrg, 6:
20-23.

21. Crebolder HFJM. en Wouw H van de. Voorwaarden en normen voor het consultatiebureau in de eerste lijn. Afspraken in Limburg. Med Contact 1984; nr. 15: 467-70.
22. Swaak AJ, Kousemaker NPJ en Wilbrink-Griffioen DW. Consultatiebureaus en opvoeding. T Jeugdgezondheidszorg 1987; 19: 35-7.
23. Hendriksen C, Lund E and Stömgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people; a three year randomised controlled trial. Br Med J 1984; 289: 1522-4.
24. Rutten G, Eijk J van, Beek M. Controles bij diabetes mellitus. Een peilend onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. Med Contact 1985; nr. 40: 389-90.
25. Horst F van der. Compliance als vraagstuk in de arts-patient relatie. Symposium bundel Patiënten-voorlichting. Maastricht, 1984.
26. Crebolder HFJM en Eijndhoven M van. De begeleiding van type-II diabeten. Huisarts Wet 1986; 29 (suppl 10): 16-9.
27. Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Een terreinverkenning. Utrecht, Bunge, 1983.
28. Hoe helpt de dokter. Huisartsgeneeskunde als onderdeel van de eerstelijns hulpverlening. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.
29. Holland naar de horizon. Huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief. Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
30. Brouwer W en Romme MAG. Faculteit en eerste

lijn. Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.

31. Es J van. Faculteit en eerste lijn. Voorstel over de wijze waarop de medische faculteit kan worden betrokken bij de extramurale gezondheidszorg. Med Contact 1981; nr. 7: 179-82.
32. Brouwer W. Academisering in de eerste lijn noodzaak. Med Contact 1982; nr. 11: 321-2.
33. Academisering in de eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van Onderwijs en Wetenschappen en van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de tweede Kamer, 18670, nr. 1, 1984-1985.
34. Knottnerus JA. Bouwstenen voor een rationele medische besluitvorming. Med Contact 1987; nr. 42: 501-4.
35. Huygen FJA. Levensloop en ziekte. Afscheidscollege 1984. Katholieke Universiteit te Nijmegen.
36. Pollmann T. Niet de Nederlandse samenleving is kil en koud, alleen de Nederlandse overheid. Vrij Nederland, jrg. 48, 10.1.1987, blz. 5.
37. Kanker in Nederland. Scenario's over kanker 1985-2000. Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.
38. Lamberts H. Morbidity in general practice. Uitgeversmaatschappij Huisartsenpers BV. Utrecht, 1984.
39. Hoogen HJM van der, Huygen FJA en Schellekens HJWG et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, 1985.

40. Jones RVH. Working together - Learning together. Occasional Paper 33. The Royal College of General Practitioners, 1986.
41. Jonge GA de. Medisch onderwijs in gastgezinnen. Med Contact 1986; 41: 306-9.
42. Man in society. The family placement 1985-1987. General practice Unit. Department of Community Health, University of Leicester.
43. Persoonlijke mededeling N L'Espoir, Vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch RL Maastricht.
44. Nota praktisch medisch Onderwijs in het vijfde en zesde jaar. Bureau Onderwijs, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
45. Walton HJ. A reorientation in medical education. Medical Education 1984; 18: 1-2.